

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Henri COUTURIER

Né le 28 Août 1908 à Nouhant (Creuse)
Ancien Interne des Asiles Nationaux de la Seine

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT

DES PNEUMOPATHIES AIGÜES

PAR LES

INJECTIONS INTRA-VEINEUSES D'ALCOOL A 33 %

Président : M. CARNOT, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1934



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551414_0091

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Henri COUTURIER

Né le 28 Août 1908 à Nouhant (Creuse)
Ancien Interne des Asiles Nationaux de la Seine

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT

DES PNEUMOPATHIES AIGÜES

PAR LES

INJECTIONS INTRA-VEINEUSES D'ALCOOL A 33 %

Président : M. CARNOT, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1934

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ABRAMI	} Clinique médicale.	GUÉNIOT	} Clinique obstétricale.
AUBERTIN		LE LORIER	
BRULE		LÉVY-SOLAL ...	
CHIRAY		METZGER	
DUVOIR			
HARVIER			
LIAN			
MM.			
BASSET	} Clinique chirurgicale		
CADENAT			
HEITZ-BOYER. .			
MOCQUOT			
MOURE			
SCHWARTZ			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
FREY	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

*Hommage de ma profonde affection
et de ma vive reconnaissance.*

A MON FRÈRE

A MES GRAND'PARENTS

A MA FAMILLE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CARNOT

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de Clinique Médicale
Médecin des Hôpitaux

*Qui a bien voulu nous faire
l'honneur d'accepter la Présidence de
cette thèse.*

A LA MÉMOIRE
DE MON CAMARADE ROGER PÉRIGAUD

A MES CAMARADES D'ÉTUDES

A MES CAMARADES D'INTERNAT

blié de nombreuses observations concernant soit des suppurations pulmonaires, soit des abcès gangréneux, soit même des septicémies.

Enfin il faut noter que cette idée n'est pas restée dans le domaine exclusif de la thérapeutique et que, tout récemment, Gurfinkel, de Clermont, en a étudié l'action physiologique sur l'animal, donnant ainsi à ce nouveau traitement une base expérimentale.

Nous avons eu l'occasion d'essayer cette médication dans notre service de l'Asile National des Convalescents. Dans certains cas jugés parfois désespérés, où cette méthode pouvait être considérée comme un pis aller, nous avons obtenu des résultats surprenants.

Par quelques observations de malades atteints de pneumonie ou de broncho-pneumonie traités par les injections d'alcool à 33 %, nous apportons ici notre modeste contribution à l'étude d'une thérapeutique qui doit rendre les plus grands services. Aussi bien, croyons-nous que c'est peut-être une formule moderne et à action rapide d'administrer l'ancienne, mais toujours actuelle potion de Todd.

ETUDE CLINIQUE

A première vue, on s'inquiète de voir introduire par la voie endoveineuse un liquide dont le pouvoir coagulant et hémolysant à l'égard du sang est bien connu. En réalité tout est facteur de dose et de dilution. A des concentrations de 50 %, il y a coagulation et hémolyse immédiates. Au dessous de 25 % la coagulation n'est plus à craindre mais l'hémolyse peut encore se produire.

Pour injecter une quantité donnée d'alcool on ne peut guère utiliser de solution très diluée, vu la masse liquidienne considérable qu'il y aurait à employer ; par contre une solution trop concentrée ne saurait être utilisée, à cause de l'action locale sur le sang et de l'irritation de la veine. Fohl, dans sa thèse (Fribourg 1931) rappelle qu'il y a lieu pour obvier à ces difficultés de chercher à établir, par une solution de glucose, une compensation à l'effet coagulant de l'alcool. D'après cet auteur, grâce à cette solution glucosée la coagulation n'apparaîtrait qu'à une concentration supérieure à 40 %.

Ainsi en pratique, les dilutions moyennes d'alcool sont seules utilisables : le taux de 33 %, préconisé par les premiers auteurs, est bien toléré par les malades et c'est à peu près le seul employé actuellement. Différentes solutions ont été utilisées : les premiers auteurs Thursz, Landau etc..., employaient une solution à 33 % dans un sérum physiologique. Plus tard, on s'est servi d'une solution dans l'eau distillée. Nous mêmes nous l'avons employée au début de nos observations. Les résultats obtenus ont été satisfaisants, mais on ne pouvait injecter que de petites quantités 3 à 10 cc. et il se produisait souvent de petits accidents de choc.

Actuellement on préfère les solutions à 33 % dans du sérum glucosé. Deux sont en usage : une première dans du sérum glucosé isotonique ; une deuxième, préconisée par Merle et Gurfinkel, dans du sérum glucosé hypertonique à 300/000. C'est cette dernière que nous avons employée dans nos observations.

Thursz dans ses premiers essais injectait des doses massives, 200 à 400 cc. de la solution à 33 %. Différents accidents de choc se produisaient et souvent apparaissait un ictère. Plus tard, avec Landau, les auteurs ont préféré les petites doses 10 à 30 cc. mais en répétant les injections tous les jours ou tous les deux jours.

Avec la solution dans l'eau distillée, on ne peut injecter que des petites doses 3 à 10 cc. et la quantité d'alcool introduite dans la circulation est infime.

Dans nos observations nous avons employé la so-

lution de Merle et Gurfinkel (solution à 33 % d'alcool à 95° dans du sérum glucosé hypertonique à 300 /000).

Nous avons utilisé des doses croissantes : 10 cc. le premier jour en augmentant chaque jour jusqu'à la dose maxima de 50 cc. Elle est parfaitement bien supportée par les malades et nous n'avons jamais eu le moindre accident.

La douleur que le malade accuse au moment de l'injection est très variable avec les individus ; certains n'ont jamais rien senti.

En pratique la sclérose est le seul inconvénient de cette thérapeutique. Quelques injections dans une veine la rendent dure comme un tuyau de pipe et il est souvent impossible de les renouveler au même endroit.

ACTION

Gurfinkel a étudié les effets de l'alcool en injection intraveineuse chez l'animal sain. D'après ses expériences, il ne produit aucune modification des rythmes cardiaque et respiratoire : il en résulte donc qu'il ne semble pas toxique.

Son action sur le métabolisme basal est nette : il est considérablement augmenté après chaque injection, ce qui montre que la quantité d'oxygène consommée est plus considérable.

Son action thérapeutique dans les pneumopathies aiguës reste assez obscure et on ne peut guère formuler que des hypothèses. Ses propriétés comme tonique générale sont indéniables ; dès les premières injections, on note une amélioration du pouls et de l'état général. D'autre part il agit comme thermorégulateur par son action sur le système nerveux central. Son pouvoir antiseptique sur le processus suppuratif pulmonaire est certain, mais son mécanisme est encore mal défini, il semble cependant qu'il n'a pas une action directe, car la quantité in-

introduite dans l'organisme est trop minime par rapport à la masse sanguine. Il agirait, d'après Gurfinkel en favorisant par son pneumotropisme spécifique l'absorption d'oxygène au niveau de l'endothélium pulmonaire.

Quoi qu'il en soit, on peut appliquer cette médication, sans aucun danger, dans le traitement des pneumopathies aiguës non tuberculeuses, et en particulier chez les vieillards et les malades au cœur défaillant.

INDICATIONS

Les indications de cette méthode sont nombreuses, en principe, elle s'applique à toutes les affections aiguës du poumon, provoquées par la flore pyogène banale et aux suppurations gangréneuses causées par la flore anacrobie, c'est-à-dire :

1^o Aux collections purulentes intra-pulmonaires ou aux abcès gangréneux.

2^o Aux broncho-pneumonies à foyers disséminés ou à foyers pseudo-lobaires.

3^o Aux pneumonies traînantes qui évoluent vers l'hépatisation grise.

Les indications s'étendent également aux poussées aiguës des affections chroniques non tuberculeuses, dont le type nous est fourni par les épisodes suppuratifs au cours des dilatations des bronches et même de certaines bronchites chroniques.

TECHNIQUE

La technique que nous avons employée est la suivante :

On mélange et on filtre.

Alcool à 95°..... 300 cc.

Sérum glucosé hypertonique à 300 0/00 600 cc.

Les injections sont faites strictement intra-veineuses, lentement pour éviter la douleur, à des doses croissantes : 10 cc., le premier jour, 20 cc., le second, 30 cc., le troisième, jusqu'à 50 cc., la dose maximale que nous avons employée.

On répète les injections en se guidant sur l'évolution de la courbe thermique et des signes cliniques.

Certains auteurs pour obvier aux accidents de sclérose veineuse, pratiquent les injections intra-musculaires ou sous-cutanées.

Cette méthode est douloureuse et nous pensons que l'alcool n'agit pas d'une façon aussi rapide et aussi efficace que par la voie endoveineuse. Elle ne doit être employée que dans les cas traînants où cette voie n'est pas ou plus accessible.

OBSERVATION N° 1

M. E..., 62 ans, arrive à l'asile le 11 décembre 1933 après un séjour de deux semaines à Bichat pour bronchite chronique.

Le lendemain il est mis à l'infirmerie pour température élevée à 39°. La dyspnée, le faciès cyanosé, l'abondante expectoration rouillée attirent l'attention sur l'appareil respiratoire.

A l'examen pulmonaire on trouve une matité franche de la base droite remontant jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate avec abolition des vibrations. A l'auscultation, le murmure vésiculaire est aboli dans toute la zone de matité, au-dessus on entend un souffle tubaire sans râles.

Le cœur est sourd, rapide et irrégulier ;

La tension artérielle basse 9 1/2 — 5 1/2 au Vaquez ;

Les urines sont rares, albumineuses ;

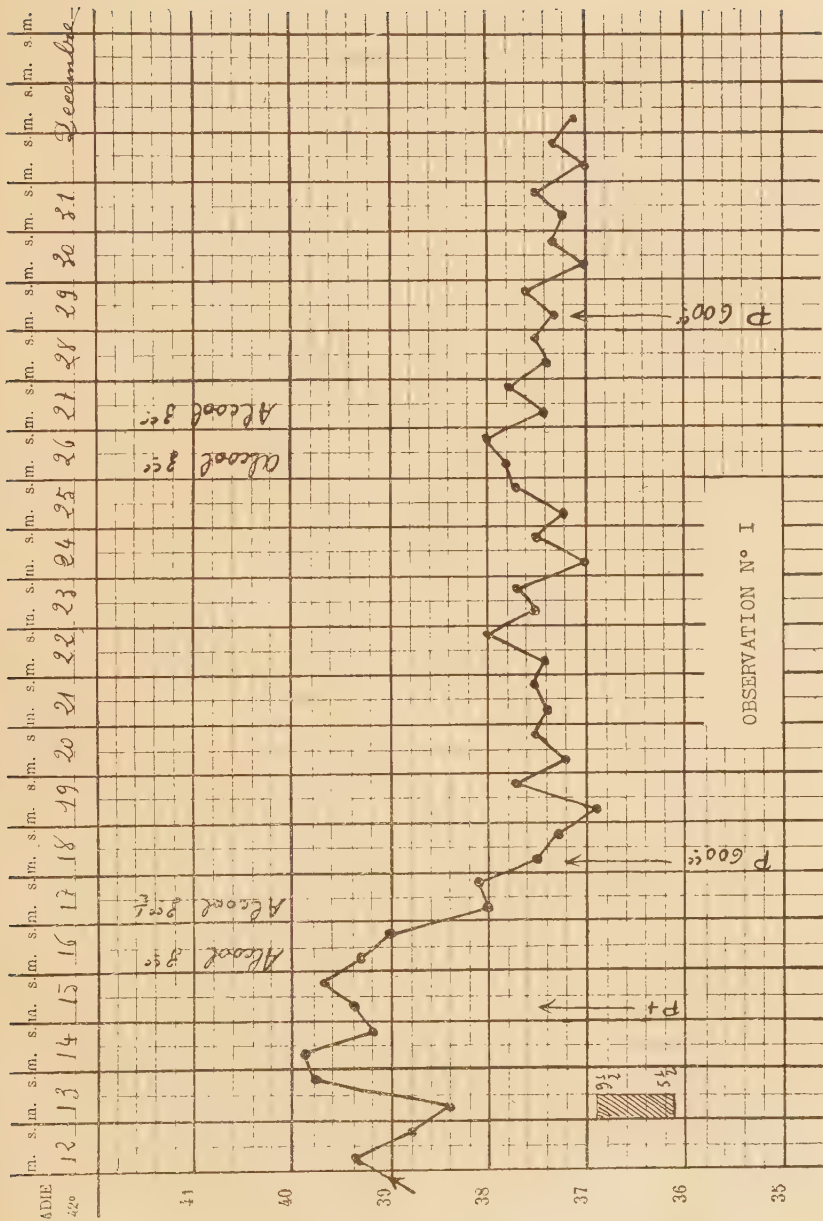
Les crachats sont abondants, épais, rouillés et franchement purulents ;

L'état général est très altéré.

On pose le diagnostic de pneumonie avec réaction pleurale.

On fait une injection de vaccin de Minet, le soir 10 cc. de Diénol intra-veineux.

Le lendemain et le surlendemain, état stationnaire. Pas de modification des signes pulmonaires. La température oscille entre 39 et 40°.



Une ponction exploratrice faite à la base droite ramène un peu de liquide clair, amicrobien à l'examen direct.

L'analyse des crachats montre : nombreux pneumocoques et flore microbienne abondante et variée.

On continue, pendant ces deux jours, le Diénoï à la dose quotidienne de 10 cc. en injection intra-veineuse.

Le 15 décembre au soir brusque aggravation de l'état général, la prostration et la dyspnée s'accroissent, le pouls petit, rapide, irrégulier. On craint une issue fatale.

Le 16 décembre aucune amélioration, état général très mauvais ; le malade est dans un état de prostration extrême. Les signes pulmonaires sont modifiés : le souffle a perdu de sa rudesse, la matité augmente, traduisant un épanchement pleural abondant. Toujours pas de râles.

En désespoir de cause on décide de faire une injection intra-veineuse de 3 cc., d'une solution d'alcool à 33 % dans l'eau distillée. Amélioration rapide de l'état général, les heures mêmes qui suivent l'injection : le malade sort de sa torpeur, le pouls se régularise. La température se maintient encore à 39°.

Le 17 décembre l'amélioration se poursuit, la température tombe à 38°. Le pouls régulier bat à 70.

L'examen pulmonaire montre toujours la présence d'un épanchement pleural abondant.

On fait une deuxième injection de 3 cc. 1/2 de la solution d'alcool.

Le 18 décembre la température est normale, l'état général très satisfaisant. Devant la persistance de l'épanchement on fait une ponction évacuatrice au Duguet ; 600 cc. d'un liquide clair.

Les jours suivants, la température oscille entre 37 et 38°, le malade se sent beaucoup mieux. A l'auscultation il persiste toujours un souffle léger à timbre pleurétique sans râles.

On arrête les injections d'alcool le 18.

Les 26 et 27 décembre, la température semblant remonter on fait deux nouvelles injection de 3 cc. de la solution d'alcool.

Le 29 décembre on évacue encore 600 cc. de liquide pleural.

La température se stabilise au-dessous de 37°5 et un mois plus tard le malade quitte l'infirmerie complètement guéri.

En résumé, chez un homme âgé, pneumonie droite avec gros épanchement pleural.

L'alcool nous a fait assister à une véritable résurrection d'un malade jugé désespéré.

OBSERVATION N° 2

M. C..., âgé de 47 ans, employé de bureau, arrive en convalescence à l'Asile le 18 décembre 1933, venant de l'hôpital Cochin où il avait été hospitalisé 26 jours pour ulcères variqueux aux jambes.

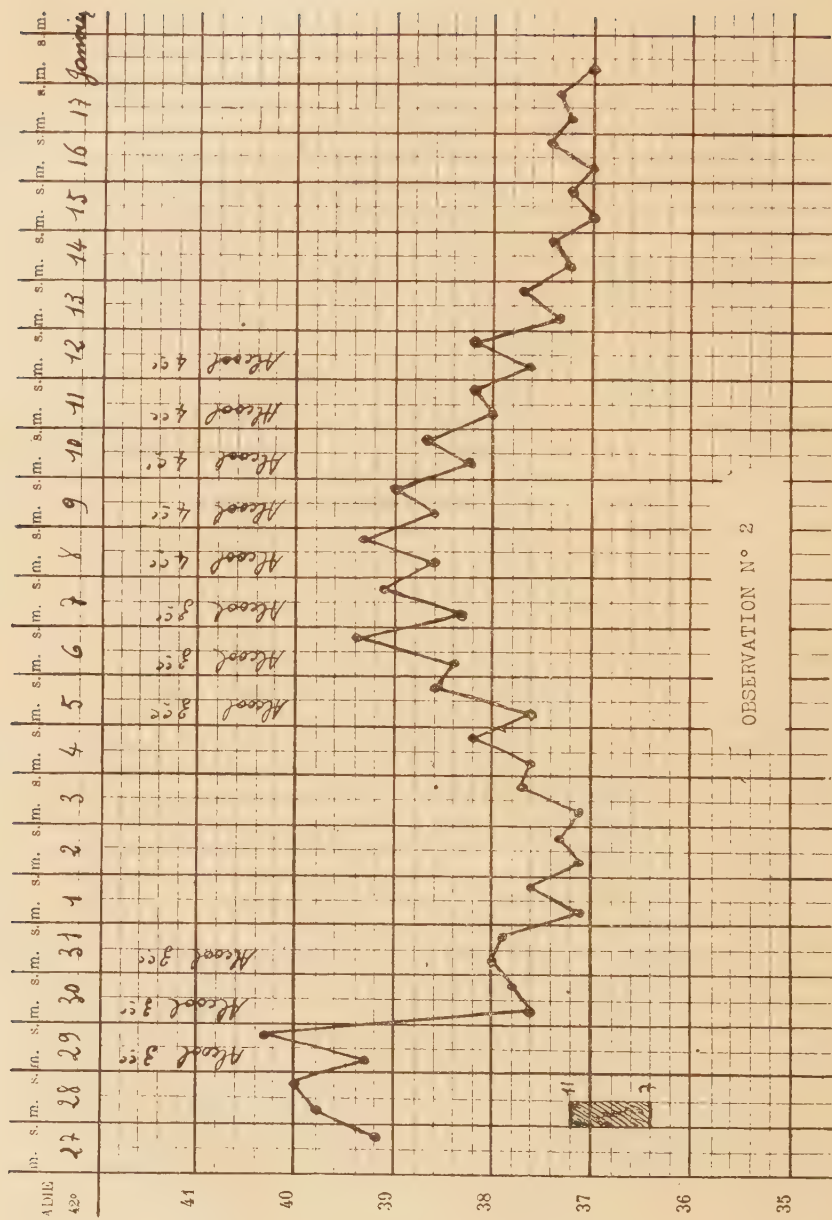
A l'examen d'entrée, ulcères presque cicatrisés, quelques râles ronflants dans les deux poumons.

Le 27 décembre, dans l'après-midi, le malade a éprouvé un violent frisson avec céphalée et courbature qu'il attribue à un courant d'air, il est immédiatement envoyé à l'Infirmerie, sa température est de 39° 2.

L'examen clinique pratiqué le lendemain matin 28 décembre, nous montre un malade abattu, très dyspnéique, avec les pommettes rouges se plaignant d'un point de côté sous le mamelon gauche.

Au point de vue pulmonaire on trouve : diminution des vibrations à la base gauche, avec matité franche remontant à l'union du tiers moyen et du tiers supérieur.

A l'auscultation : disparition du murmure vésiculaire à



OBSERVATION N° 2

la base, au tiers moyen, on entend un gros souffle plus expiratoire qu'inspiratoire, avec quelques râles crépitants fins apparaissant seulement après la toux. Pas de bronchophonie.

Le cœur est rapide, sans lésion orificielle.

Le pouls à 100, bien frappé.

La T. A. prise au Vaquez est de 11 — 7.

Les urines sont rares, foncées, non albumineuses.

L'attention est attirée par les crachats qui sont épais, purulents, et légèrement rouillés.

Un examen microscopique montre la présence d'une flore microbienne très abondante : streptocoques, micrococci catarrhalis, et nombreux pneumocoques.

Le 29 décembre l'état général du malade est très altéré, son point de côté est plus violent que la veille, ses crachats sont franchement rouillés.

Au point de vue pulmonaire, les râles crépitants sont augmentés sans modification du souffle.

On diagnostique une pneumonie de la base gauche avec atteinte pleurale, et on fait immédiatement une première injection intra-veineuse de 3 centimètres cubes d'une solution d'alcool à 33 % dans de l'eau distillée. Le malade accuse au moment de l'injection une sensation de chaleur au niveau du bras, remontant jusqu'à l'épaule.

La température de 39°3 le matin, monte à 40°3 le soir, mais l'état général reste stationnaire.

Le 30 décembre la température est tombée à 37°6, l'état général est très amélioré, mais pas de modification des signes d'auscultation. Les crachats sont toujours rouillés, mais moins purulents.

Deuxième injection de 3 centimètres cubes de la même solution d'alcool.

Le 31 décembre la température reste au-dessous de 38°, les râles ont presque disparu mais il persiste un gros souffle tubaire avec abolition des vibrations à la base.

Troisième injection de 3 centimètres cubes de la même solution d'alcool.

Le 1^{er} janvier 1934, la température est normale, l'état général très amélioré. On ne continue pas les injections d'alcool.

Le 5 janvier la température remonte à 38°6. On constate une poussée congestive à la base droite. A gauche, persistance du souffle sans râles. Les crachats sont toujours abondants mais non rouillés.

Le malade est dyspnéique, il souffre toujours de son côté gauche, son état général est aggravé. On reprend les injections d'alcool aux doses de 3 centimètres cubes les 5, 6 et 7 janvier, de 4 centimètres cube les 8, 9, 10, 11, 12 et 13 janvier.

La température qui n'a pas dépassé 39°4 descend progressivement en lysis pour se maintenir entre 37° et 38° à partir du 5^e jour de cette poussée congestive. L'état général très altéré les premiers jours, s'est amélioré avant la descente de température.

Au point de vue pulmonaire; au début, nombreux râles congestifs dans les deux tiers inférieurs du poumon droit, qui ont diminué progressivement pour disparaître presque complètement le 13 janvier.

A gauche le souffle tubaire ne s'est pas modifié ni en intensité, ni en timbre, il s'entend sur presque toute la hauteur du poumon.

L'absence des vibrations à la base gauche nous fait penser à un épanchement pleural. Une ponction exploratrice est négative.

On arrête les injections d'alcool le 13 janvier.

Un examen radioscopique fait le 10 janvier nous montrait une opacité remontant jusqu'à la partie moyenne du poumon gauche, une base droite normale.

La température se maintient stationnaire aux environs de 37°5.

L'état général s'améliore, l'expectoration est devenue normale, le souffle tubaire diminue d'intensité, mais persiste encore pendant une quinzaine de jours.

Un deuxième examen radioscopique fait le 16 janvier nous montre une diminution très nette de l'opacité notée à l'examen précédent, on distingue l'hémidiaphragme gauche régulièrement convexe, mobile, mais avec des adhérences au sinus costo phrénique.

Un dernier examen radioscopique fait le 6 février montre un nettoyage presque complet, il persiste seulement quelques nodules opaques.

A ce moment la température est normale, et les signes pulmonaires ont complètement disparu.

OBSERVATION N° 3

M. G..., âgé de 51 ans, jardinier, a été hospitalisé à Laënnec pendant un mois pour une poussée de bronchite avec grande oppression. Pendant son séjour à l'hôpital il a été opéré d'une hernie ombilicale.

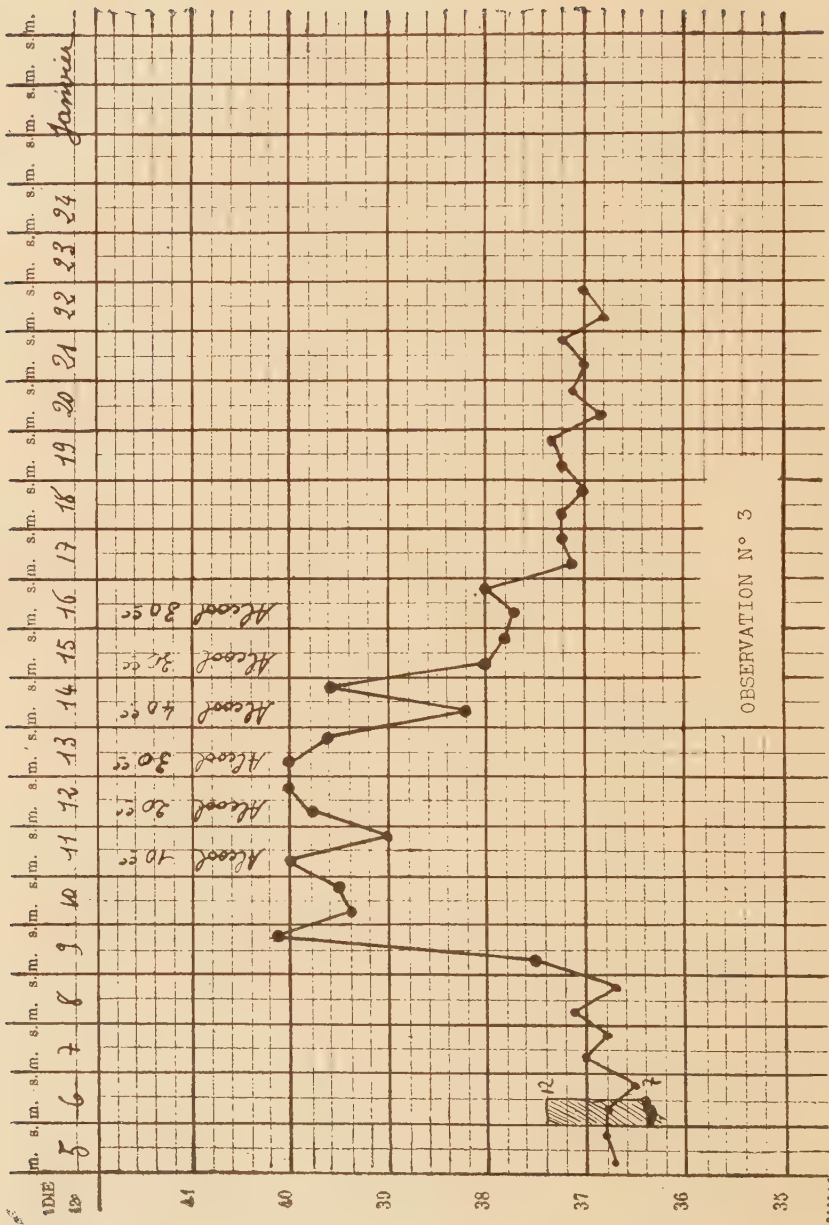
Il vient en convalescence à l'Asile, le 29 décembre.

A l'examen d'entrée, malade amaigri, faible, encore un peu oppressé, atteint de bronchite chronique depuis la guerre, pour laquelle il est pensionné à 40 %. Depuis une dizaine d'années il a des crises d'asthme survenant surtout aux périodes humides.

Au point de vue pulmonaire on trouve de nombreux râles ronflants et sibilants dans les deux poumons. Les bruits du cœur sont assourdis.

Le 5 janvier, il est mis à l'Infirmierie pour une violente crise d'asthme qui est calmée par une injection d'évamine, mais les jours suivants il est encore oppressé.

Le 9 janvier, dans la matinée il est pris de violents frissons



OBSERVATION N° 3

avec une douleur au côté droit, et d'une vive dyspnée, sa température est de 40°.

A l'examen on ne trouve rien.

On fait une injection intra-veineuse de Diénol.

Le 10 janvier, température : 39°5, mauvais état général, pommettes rouges, langue saburrale, sèche, point de côté plus violent que la veille, dyspnée vive, haleine fétide.

A l'examen pulmonaire on trouve une légère submatité de la base droite avec exagération des vibrations. A l'auscultation nombreux râles de bronchite dans les deux poumons et à la partie moyenne du droit une zone un peu soufflante avec quelques râles bulleux, surtout à la fin de l'inspiration.

— Le pouls régulier, bat à 110 ;

— La T. A. au Vaquez est de 12-7 ;

— Les urines sont rares, 500 cc., foncées, sans albumine ;

— Les crachats, épais, de couleur verdâtre, sont abondants.

Le soir on entend un souffle à timbre tubaire mais rude. Les râles bulleux occupent le tiers inférieur du poumon droit.

Le malade passe une nuit agitée avec délire.

Le lendemain 11 janvier, la température est de 40°, le pouls irrégulier, les crachats rouillés. L'état général est très altéré.

A l'auscultation, le souffle a diminué mais les râles occupent presque toute la hauteur du poumon droit avec à la partie moyenne une zone où ils sont beaucoup plus nombreux.

Un examen microscopique des crachats montre la présence de nombreux pneumocoques.

On diagnostique une broncho-pneumonie droite.

On pratique une première injection intra-veineuse de 10 centimètres cubes d'une solution d'alcool à 33 % dans

du sérum glucosé hypertonique à 300/00. Pendant l'injection, sensation de chaleur à l'épaule.

Dans l'après midi l'état général est amélioré, le malade est moins agité, sa température est descendue à 39°.

Le 12 janvier, le malade a passé une nuit plus calme, son état général est stationnaire, la température est à 40°, le foyer de broncho-pneumonie est en voie de ramollissement.

On fait une deuxième injection de 20 centimètres cubes de la même solution d'alcool.

Le 13 janvier, la température reste élevée à 40°, le malade a passé une mauvaise nuit.

Aucun changement sur la veille à l'auscultation.

Troisième injection d'alcool, 30 centimètres cubes.

Le soir, l'état général est notablement amélioré, le malade est plus calme, son pouls moins rapide et régulier, il passe une bonne nuit.

Le 14 janvier, la température n'est plus que de 38°2, le malade se sent beaucoup mieux, les râles sont moins nombreux, le souffle a diminué.

Quatrième injection d'alcool, 40 centimètres cubes.

Le soir, la température reste au-dessous de 38°, le souffle a presque disparu, les râles persistent encore dans le tiers inférieur du poumon.

On fait encore 40 centimètres cubes d'alcool.

Le 16 janvier, le malade se sent très bien, il ne souffre plus de son côté, sa température est de 37°7.

On fait une dernière injection d'alcool, 30 centimètres cubes.

Le lendemain et les jours suivants la température reste normale à 37°, les râles diminuent rapidement pour disparaître en quelques jours. L'expectoration est moins abondante, le malade est encore faible, mais son appétit est excellent.

Un examen radioscopique, fait le 20 janvier, montre une opacité à la base droite à la limite supérieure assez

nette et horizontale, semblant faire partie du parenchyme pulmonaire.

A ce moment à l'auscultation, on entend simplement des râles de bronchite, et à la base, un peu de bronchophonie.

Un deuxième examen fait le 2 février montre la même image à la base droite mais très diminuée d'opacité.

Le malade est sorti de l'Asile une huitaine de jours plus tard ayant engraisé de plusieurs kilos et allant très bien.

En résumé, chez un malade asthmatique bronchiteux chronique, broncho-pneumonie grave qui a évolué rapidement vers une guérison complète.

OBSERVATION N° 4

M. T..., âgé de 54 ans, entre à l'Asile le 17 janvier 1934, en convalescence de bronchite et emphysème pour lesquels il a été hospitalisé dix jours à Lariboisière.

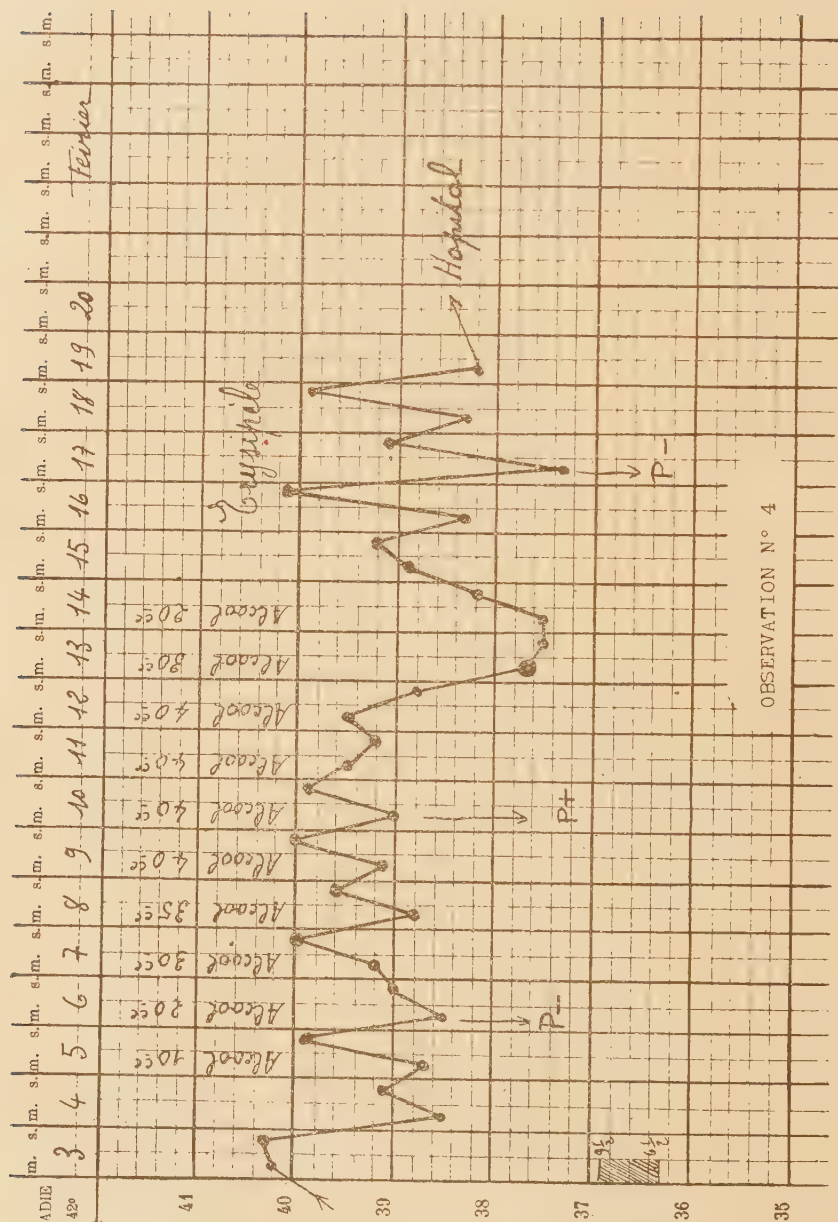
A son arrivée, malade amaigri, oppressé, toussant et crachant beaucoup, atteint d'une bronchite chronique depuis qu'il a été gazé pendant la guerre. A l'examen les poumons sont encombrés de nombreux râles ronflants et sibilants ; les bruits du cœur sont sourds.

Une dizaine de jours plus tard le malade se sentant bien demande à travailler à l'atelier de peinture, pour pouvoir rester plus longtemps à l'Asile et gagner quelques sous.

Le 3 février : il est mis à l'Infirmierie pour frissons, courbature, céphalée et température élevée.

A l'examen le malade est agité, très dyspnéïque, avec une respiration ronflante, faciès d'infecté : herpès labial, pommettes rouges, langue saburrale et sèche, toux avec crachats purulents, sa température est de 40°2.

Aux poumons on trouve simplement une légère submatité



de la base droite sans modification des signes observés à son arrivée.

— Le pouls est rapide mais régulier ;

— Les urines sont rares, foncées, légèrement albumineuses ;

— La tension artérielle est basse 9 1/2-6 1/2 au Vaquez.

Le 4 février : le malade est moins courbaturé, sa température n'est plus que de 38°5.

Aucun changement à l'auscultation.

Le 5 février : la température reste stationnaire à 38°7 le matin, mais le soir elle monte à 39°9. Le malade se plaint d'un léger point de côté droit.

A l'examen pulmonaire on trouve matité du tiers inférieur du poumon droit mais les vibrations sont normales. A l'auscultation, léger souffle rude au tiers moyen du poumon avec quelques râles fins à l'inspiration ; à la base diminution très nette du murmure vésiculaire.

L'état général est très altéré : pouls rapide irrégulier, langue très sèche, saburrale.

Les crachats sont épais, rouillés. A l'examen microscopique on trouve de nombreux pneumocoques.

On diagnostique une broncho-pneumonie pseudo-lobaire droite.

On fait une première injection intra-veineuse de 10 centimètres cubes d'une solution d'alcool à 33 % dans du sérum glucosé hypertonique à 300/00. Au début de l'injection le malade sent une légère douleur à l'épaule, mais la fin est complètement indolore.

Le 6 février : l'état général est moins mauvais, le pouls moins rapide et régulier, la température est descendue à 38°5, les crachats sont moins épais.

A l'examen : matité franche de la base droite avec diminution des vibrations. Le souffle a augmenté d'intensité, les râles sont plus nombreux et plus humides.

On fait une ponction exploratrice qui est négative.

Deuxième injection de 20 centimètres cubes de la solution d'alcool, presque indolore.

Le 7 février : l'état général est plus altéré que la veille, le malade agité se plaint d'un violent point de côté droit exagéré par des quintes de toux. Le pouls est plus rapide, mais régulier.

A l'examen pulmonaire, les signes physiques sont modifiés, le souffle est plus rude, moins intense, les râles toujours nombreux sont plus humides avec un maximum à la partie moyenne.

Troisième injection de 30 centimètres cubes de la solution d'alcool.

Le 8 février : l'état général est meilleur, le malade a passé une nuit plus calme, son pouls est moins rapide.

Aucune modification des signes pulmonaires.

Quatrième injection de 35 centimètres cubes de la solution d'alcool.

Le 9 février : l'état général est amélioré, les râles se localisent à la partie moyenne du poumon.

Injection de 40 centimètres cubes de la solution d'alcool.

Le 10 février : l'état général s'est aggravé, le malade a passé une mauvaise nuit, le pouls est rapide, faible, irrégulier, la langue rôtie, les lèvres desséchées, la température est de 39°.

A la palpation les vibrations sont abolies à la base droite. A l'auscultation on entend toujours un souffle rude à la partie moyenne du poumon et un foyer de râles humides avec de la bronchophonie.

On fait une deuxième ponction exploratrice : on retire un liquide un peu louche, légèrement verdâtre. A l'examen microscopique : pas de microbes, mais leucocytes pâles et mononucléaires.

Injection de 40 centimètres cubes de la solution d'alcool.

L'après-midi le malade se sent mieux, sa langue n'est plus rôtie, son pouls régulier.

Le 11 février : l'état général est très amélioré, la nuit a été calme.

Les signes physiques pulmonaires ne sont pas modifiés.

On continue l'alcool à la dose de 40 centimètres cubes.

Le 12 février : le malade ne souffre plus de son côté, se sent beaucoup mieux, le souffle a presque disparu.

Injection de 40 centimètres cubes d'alcool.

Le soir, la température est descendue à 38°8.

Le 13 février : la température se maintient au-dessous de 38°, l'amélioration continue, le malade demande à manger.

Injection de 30 centimètres cubes de la solution d'alcool difficile, les veines étant petites et accessibles à un bras seulement, sont sclérosées.

Le 14 février : la température est presque normale. Au point de vue pulmonaire on trouve simplement une respiration soufflante à la partie moyenne du poumon droit avec quelques râles humides. La matité à la base diminue.

On fait, péniblement, une injection de 20 centimètres cubes de la solution d'alcool.

Le 15 février : la fièvre est remontée à 39°.

Le malade se plaint d'une violente céphalée.

Au point de vue pulmonaire on ne trouve rien de nouveau. Il est impossible de faire une nouvelle injection d'alcool.

Les 16 et 17 février : la fièvre augmente avec de grandes oscillations, le malade souffre toujours de la tête. Rien aux poumons.

Craignant une transformation purulente du liquide pleural, on fait une ponction avec un petit trocart qui ne ramène rien.

Le 18 février : apparition d'une plaque d'érysipèle sur la joue gauche. Le lendemain, la plaque s'étend sur la moitié

gauche de la face. A ce moment, presque plus rien au point de vue pulmonaire.

Le malade est dirigé le 19 février sur l'Hôpital Claude-Bernard.

En résumé, nous avons eu un malade bronchiteux et emphysémateux chronique atteint d'une broncho-pneumonie pseudo-lobaire droite avec atteinte pleurale évoluant en quelques jours vers une guérison presque complète.

OBSERVATION N° 5

Monsieur L..., âgé de 26 ans, triporteur, arrive le 26 janvier à l'Asile en convalescence de grippe pour laquelle il a été hospitalisé 10 jours à l'Hôpital Ambroise Paré.

A l'examen d'entrée, on trouve un malade faible encore courbaturé. Rien au point de vue pulmonaire, mais au cœur on entend, au foyer aortique, un souffle diastolique d'insuffisance aortique : le malade a eu en effet, plusieurs crises de rhumatisme articulaire aigu avec endocardite.

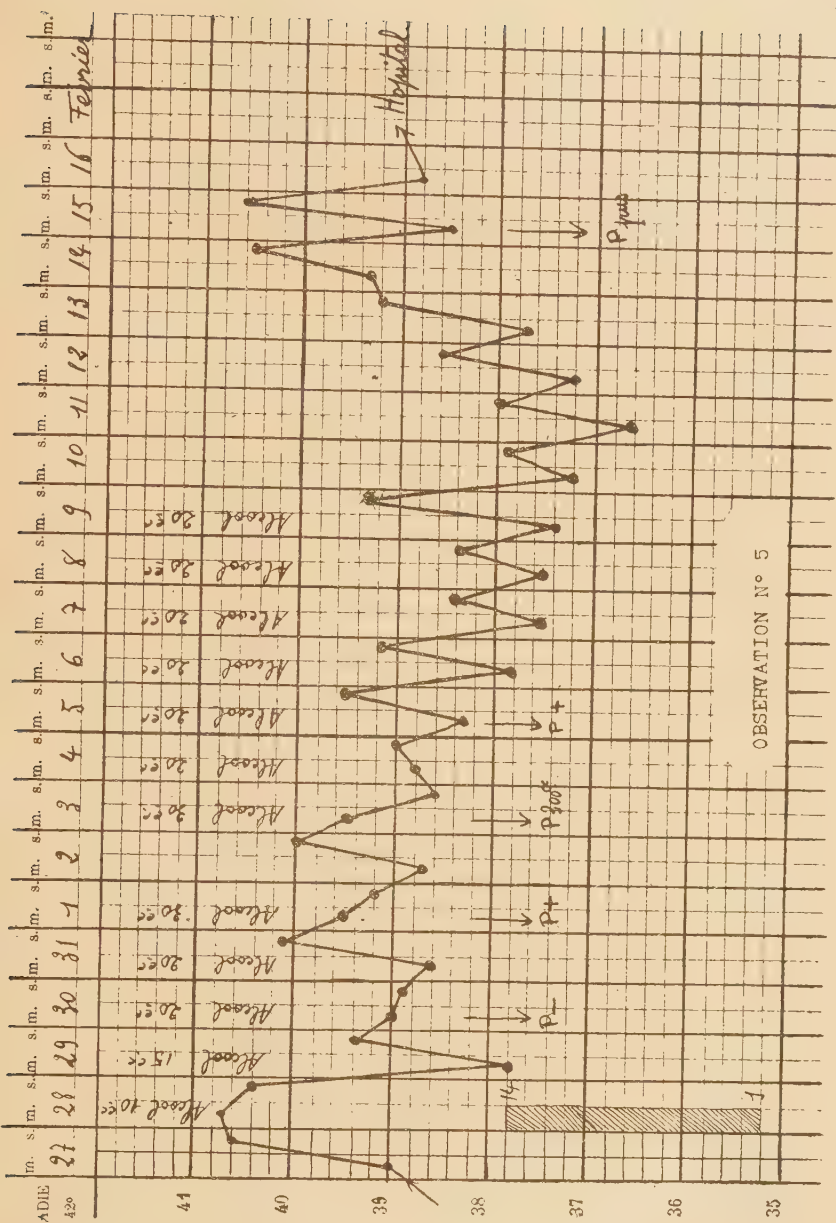
Le 27 janvier au matin, il est pris de violents frissons avec céphalée et courbature. Il est mis immédiatement à l'Infirmierie, sa température est de 39°.

A l'examen, malade très dyspnéique, faciès rouge, sueurs abondantes. Au point de vue pulmonaire, on note : vibrations un peu diminuées à la base droite, percussion douloureuse à droite avec submatité à la base.

A l'auscultation une légère diminution du murmure vésiculaire à la base, sans souffle, ni râles.

- Le pouls est régulier, rapide 110 ;
- La tension au Vaquez est de 14-1 ;
- Les urines sont rares, foncées ;
- L'expectoration est difficile, peu abondante ;
- Le soir la température est montée à 40°6.

Le malade est dans un très mauvais état général, très



dyspnéique, il se plaint d'un point de côté droit, sa transpiration est très abondante, il passe une nuit agitée avec délire.

Le 28 janvier : température 41° , violent point de côté droit, dyspnée intense, herpès labial, pommettes rouges, délire : tout le tableau clinique d'une pneumopathie aiguë grave.

A l'examen, on trouve au tiers moyen du poumon droit une zone légèrement soufflante avec quelques râles crépitants fins apparaissant seulement après la toux.

L'expectoration est peu abondante mais rouillée.

Le pouls est rapide, irrégulier.

On décide de faire une première injection intra-veineuse de 10 centimètres cubes d'une solution d'alcool à 33 % dans du sérum glucosé hypertonique à 300/000 (Solution de Merle et Gurfinkel).

L'injection faite lentement est douloureuse.

L'après-midi, amélioration de l'état général, le malade quoique toujours agité ne délire plus, son pouls est régulier.

Le 29 janvier : après une nuit calme, il se sent beaucoup mieux, sa température est tombée à $37^{\circ}8$, il est moins dyspnéique mais se plaint toujours d'un point de côté aussi violent que la veille.

Aucun changement au point de vue pulmonaire.

Deuxième injection de 15 centimètres cubes de la solution d'alcool.

Le 30 janvier : la température est remontée à 39° mais l'état général reste satisfaisant.

L'expectoration est franchement rouillée.

A l'examen microscopique des crachats, on trouve de nombreux pneumocoques avec des streptocoques.

Au point de vue pulmonaire : matité de la base droite avec abolition des vibrations et du murmure vésiculaire, au tiers moyen, on entend un souffle tubaire rude, avec nombreux râles bulleux aux deux temps de la respiration.

On diagnostique une broncho-pneumonie du lobe moyen du poulmon droit avec atteinte pleurale. On fait une ponction exploratrice qui est négative.

Troisième injection d'alcool, 20 centimètres cubes, très douloureuse.

Le soir le malade se sent mieux.

Le 31 janvier : le souffle a diminué d'intensité, mais les râles sont plus nombreux et plus humides, le foyer de broncho-pneumonie semble en voie de ramollissement.

A gauche, on entend quelques râles congestifs à la base, avec submatité à la percussion.

Quatrième injection de la solution d'alcool, 20 centimètres cubes.

Le soir, l'état général reste satisfaisant, mais le malade est plus dyspnéique et se plaint d'une gêne respiratoire à gauche.

Le 1^{er} février : point de côté gauche avec matité de la base et abolition des vibrations et du murmure vésiculaire. Au tiers moyen on trouve un foyer de râles humides sans souffle.

A droite, le souffle persiste mais les râles sont moins nombreux, la matité de la base remonte jusqu'à la partie moyenne du poulmon. On fait une deuxième ponction exploratrice qui ramène un liquide légèrement louche, verdâtre.

A l'examen au microscope : nombreux polynucléaires et leucocytes altérés.

Cinquième injection d'alcool, 30 centimètres cubes, très douloureuse.

Le 2 février : amélioration notable de l'état général sans changement des signes physiques pulmonaires. Le malade se sentant bien, refuse sa piqûre d'alcool trop douloureuse.

Le soir son état général est franchement mauvais, il délire, sa température est remontée à 40°, il passe une nuit très agitée.

Le 3 février : dyspnée intense, délire, pouls irrégulier. A l'examen, la matité de la base droite remonte jusqu'au tiers supérieur, le foyer de broncho-pneumonie est couvert par l'épanchement pleural et on n'entend plus qu'un léger souffle plutôt pleurétique que tubaire.

On fait une ponction évacuatrice, et on retire 300 centimètres cubes d'un liquide ayant le même aspect que celui examiné au microscope deux jours auparavant.

Le malade nous demande lui-même de lui refaire les injections très douloureuses qui lui faisaient du bien.

Injection de 30 centimètres cubes de la solution d'alcool.

Le soir l'état général est notablement amélioré, la température est descendue à 38°8. La nuit est calme.

Le 4 février : le malade se sent beaucoup mieux, sa dyspnée est moins vive. Les signes physiques diminuent, l'épanchement semble se résorber.

Injection de 20 centimètres cubes de la solution d'alcool.

Le 5 février : l'amélioration de l'état général se maintient.

A l'auscultation, à droite, on trouve un souffle pleurétique avec quelques râles humides.

A gauche, matité de la base avec abolition des vibrations, au dessus, le foyer de broncho-pneumonie disparaît. On fait une deuxième ponction exploratrice qui ramène un peu de liquide de même aspect que précédemment.

Injection de 20 centimètres cubes d'alcool.

Les 6, 7, 8, 9, 10 et 11 février, la température descend en hysis jusqu'à 37°. L'état général est très satisfaisant. Le malade commence à s'alimenter. Les râles diminuent et le 10 février, on ne trouve plus que quelques râles congestifs aux deux foyers de broncho-pneumonie. La matité à la base droite remonte jusqu'à la partie moyenne du poumon et semble stationnaire.

On fait des injections quotidiennes de 20 centimètres cubes de la solution d'alcool. Elles sont arrêtées le 10 fé-

vrier, parce que les veines du malade commencent à être sclérosées et difficilement accessibles.

Les jours suivants, la température remonte avec de grandes oscillations. Les signes physiques pulmonaires ne sont pas modifiés. L'état général s'aggrave. Devant la persistance des signes cliniques sans modifications des signes physiques, on pense à une pleurésie purulente à droite.

Le 15 février : on fait une nouvelle ponction avec un trocart et on ramène un liquide épais, verdâtre, franchement purulent.

La nécessité d'évacuer la plèvre par une intervention chirurgicale, nous fait diriger le malade le lendemain sur son hôpital.

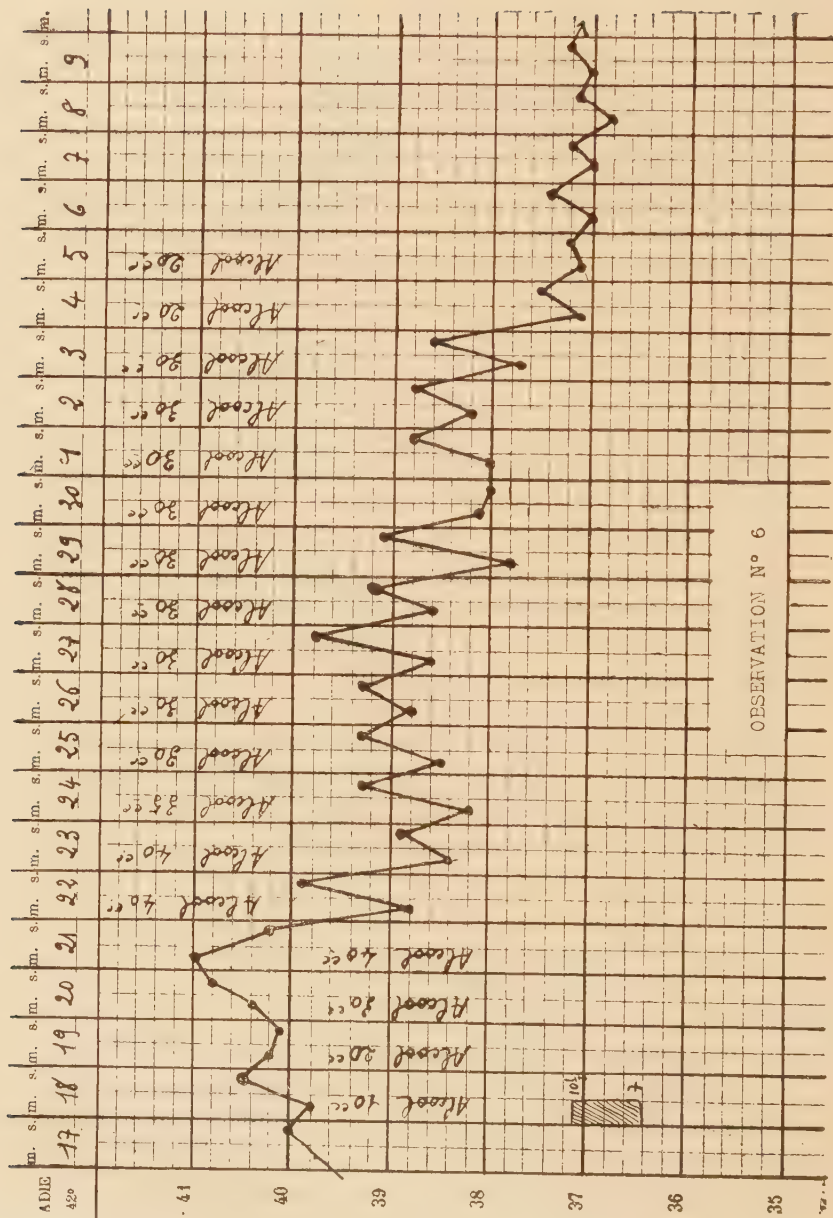
En résumé, broncho-pneumonie bilatérale avec épanchement pleural, affection déjà sévère par elle-même, mais qui a revêtu ici une gravité toute particulière en raison du terrain déjà déprimé par une grippe récente, et des séquelles cardiaques rhumatismales.

Il semble que les injections d'alcool aient influé heureusement sur l'évolution de la maladie, d'abord, et surtout par leur action toni-cardiaque, et ensuite, par leur action antiseptique, limitant finalement à la plèvre un processus morbide particulièrement sérieux.

OBSERVATION N° 6

Monsieur A..., 51 ans, manoeuvre, est envoyé à l'Asile le 22 décembre 1933 par l'Hôpital des Petits-Ménages. Il a été opéré d'une hernie inguinale double. A la suite de l'opération il a fait une phlébite de la jambe droite nécessitant une hospitalisation de 84 jours.

A son entrée, malade affaibli, marchant difficilement,



OBSERVATION N° 6

sa jambe droite est légèrement œdématisée et la palpation de la saphène est un peu douloureuse.

A l'auscultation, on trouve, dans les deux poumons, une expiration prolongée, soufflante, et de nombreux râles de bronchites.

Les bruits du cœur sont normaux.

L'interrogatoire nous apprend que le malade a une bronchite chronique depuis la guerre et, depuis 1917, des crises d'asthme survenant surtout aux périodes humides.

Le 17 février, il est pris de violents frissons avec point de côté droit et gêne respiratoire.

Il est immédiatement transporté à l'Infirmierie.

A l'examen nous avons le tableau clinique suivant : malade très dyspnéique, respiration pénible et bruyante, ailes du nez battantes, pommettes rouges, lèvres cyanosées, langue très saburrale, haleine fétide. La température est de 40°.

Au point de vue pulmonaire, nous trouvons :

— exagération des vibrations aux deux bases avec submatité, plus marquée à droite. L'auscultation nous fait entendre une expiration prolongée, des râles sibilants et ronflants, disséminés dans les deux poumons et, aux deux bases, de nombreux râles congestifs fins apparaissant aux deux temps de la respiration. Pas de souffle, mais une légère bronchophonie.

Le cœur est sourd mais régulier, le pouls bat à 100.

La tension artérielle est basse 10 1/2-7 au Vaquez.

Les urines de quantité sensiblement normale sont foncées, non albumineuses.

Le malade est couvert de sueurs, il souffre à chaque mouvement respiratoire.

Le 18 février, état général très altéré, langue sèche presque rôtie, crachats abondants, franchement rouillés, point de côté droit plus violent que la veille.

A l'examen pulmonaire, les râles congestifs s'entendent

sur presque toute la hauteur du poumon droit avec à la partie moyenne, une zone où ils sont plus nombreux. A ce niveau, bronchophonie nette.

Il semble qu'un foyer de broncho-pneumonie se localise au lobe moyen du poumon droit.

Devant un tel tableau clinique, on décide de faire une première injection intra-veineuse de 10 centimètres cubes d'une solution à 33 % d'alcool dans du sérum glucosé hypertonique à 300/000 (Solution de Merle et Gurfinkel). Injection absolument indolore.

Le 19 février, état général très mauvais, malade abattu, respirant péniblement.

Aucune modification des signes pulmonaires.

Deuxième injection de 20 centimètres cubes de la solution d'alcool.

Le 20 février, même aspect du malade, cependant la langue est moins sèche, le point de côté a légèrement diminué.

A l'auscultation, on trouve à la pointe de l'omoplate droit un foyer net de broncho-pneumonie avec souffle léger, rude et nombreux râles crépitants et sous-crépitaux.

L'examen microscopique des crachats montre la présence d'une flore microbienne abondante : diplocoques enterococciformes, quelques pneumocoques, prédominance de micrococci catarrhalis.

Troisième injection de 30 centimètres cubes de la solution d'alcool.

Le 21 février : la température monte à 41°, cependant le malade se sent mieux que les jours précédents, il est moins dyspnéique, sa langue moins sèche.

Au point de vue pulmonaire : souffle plus intense, râles plus humides, moins nombreux.

Il semble que le foyer de broncho entre en voie de ramollissement.

Quatrième injection de 40 centimètres cubes de la solu-

tion d'alcool, absolument indolore, comme les précédentes.

Le 22 février : grosse amélioration, la température est tombée à 38°8, le malade quoique encore un peu dyspnéique respire plus librement, son pouls est très bon, moins rapide.

A l'auscultation, le foyer de broncho a presque disparu, plus de souffle, râles plus humides mais moins nombreux.

On injecte encore 40 centimètres cubes de la solution d'alcool.

Le 23 février et les jours suivants, la température oscille aux environs de 39°, mais l'état général s'améliore progressivement, la gêne respiratoire diminue de jour en jour. A l'auscultation, on ne trouve que des râles congestifs.

Du 23 au 28 février, on injecte quotidiennement 30 centimètres cubes de la solution d'alcool. Les injections deviennent de plus en plus difficiles, les veines se sclérosant progressivement sous l'action de l'alcool.

Le 29 février, la température atteint 39° pour la dernière fois, l'état général est bon.

A l'examen pulmonaire les râles congestifs ont presque disparu.

On continue les injections d'alcool à la dose de 30 centimètres cubes.

La température baisse progressivement pour atteindre 37°1 le 5 mars. Le malade est alors tout à fait bien. On pratique encore les 6 et 7 mars une injection de 20 centimètres cubes de la solution d'alcool.

Les jours suivants, la température se maintient aux environs de 37°. L'auscultation ne montre plus que quelques râles de bronchite disséminés dans les deux poumons. L'expectoration est toujours abondante.

Un examen radioscopique fait le 12 mars, montre une diminution de transparence de la partie moyenne des deux champs pulmonaires plus marquée à droite.

Le malade quitte l'Infirmierie une quinzaine de jours plus tard, allant tout à fait bien.

En résumé, chez ce malade asthmatique : congestion massive des deux bases, avec gros foyer de broncho-pneumonie disparaissant en quelques jours.

OBSERVATION N° 7

Monsieur De S..., Espagnol, âgé de 28 ans, terrassier, entre à l'Asile le 5 février 1934 venant de l'Hôpital Beaujon où il avait été hospitalisé 73 jours pour fracture du bassin avec rupture de l'urètre.

A son arrivée - malade très faible — marchant avec précaution, le corps penché en avant, comme un automate. Il urine difficilement, mais sans douleur. L'examen du cœur et des poumons ne montre rien d'anormal.

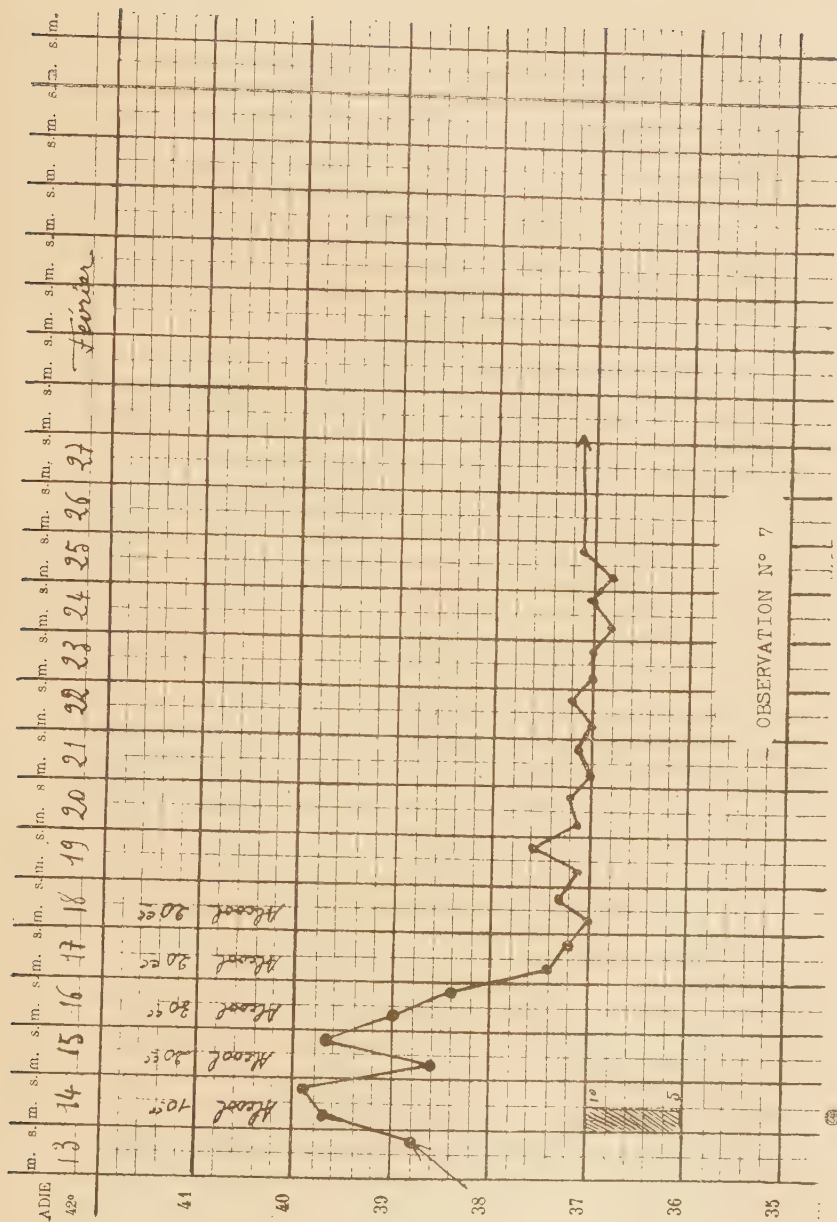
Le 13 février, dans l'après-midi, il est pris d'un violent frisson avec céphalée et point de côté gauche très douloureux. La veille il s'est plaint d'avoir mal à la tête et d'être courbaturé, mais sa température était de 37°. Il est transporté immédiatement à l'infirmerie.

A l'examen le malade, de petite taille, maigre, est agité, très dyspnéique, avec les ailes du nez battantes, les pommettes rouges, il se plaint de céphalée et d'un violent point de côté au-dessous du mamelon gauche, exagéré par une toux sèche sans expectoration. Il est couvert de sueurs abondantes. La langue est saburrale, sa température est de 39°, son pouls à 110 régulier et bien frappé, sa tension artérielle basse 10 — 5.

A l'examen des poumons on trouve une légère submatité de la base gauche avec exagération des vibrations. A l'auscultation on entend au tiers inférieur du poumon gauche un souffle tubaire typique avec quelques râles crépitants à la fin de l'inspiration et de la bronchophonie.

Le cœur est rapide, sans lésion orificielle.

Les urines sont rares, foncées, légèrement albumineuses.



Devant ce tableau clinique nous diagnostiquons une pneumonie lobaire de la base gauche.

Le 14 février : La température est 39°9, l'état général très altéré, le malade a passé une nuit très agitée, avec délire. Sa langue est très saburrale, sèche, ses lèvres sont couvertes d'herpès. Son pouls est irrégulier, il expectore difficilement quelques crachats épais, purulents, légèrement rouillés.

A l'auscultation le-souffle tubaire à la base gauche est diminué d'intensité mais, par contre, on entend de nombreux râles crépitants par bouffées à l'inspiration.

On fait une première injection intra-veineuse de 10 centimètres cubes d'une solution d'alcool à 33 % dans du sérum glucosé hypertonique à 300/000 (Solution de Merle et Gurfinkel). L'injection faite lentement est très douloureuse.

Le soir la température a augmenté mais le malade est moins agité.

Le 15 février : Il a passé une nuit calme, le matin la température n'est plus que de 38°5, le pouls est moins rapide et régulier. L'état général est amélioré. L'expectoration, plus abondante, est franchement rouillée ; à l'examen microscopique on trouve de nombreux pneumocoques typiques.

A l'auscultation aucun changement sur la veille.

On fait une deuxième injection de 20 centimètres cubes de la solution d'alcool à 33 % aussi douloureuse que la première.

Le soir la température remonte à 39°7.

L'état général reste stationnaire.

Le 16 février : Le malade se sent beaucoup mieux ; son point de côté a presque disparu.

A l'auscultation le souffle a diminué d'intensité, les râles plus humides apparaissent aux deux temps de la respiration.

On fait 30 centimètres cubes d'alcool. Le soir la température tombe à 38°4.

Le 17 février : La température n'est plus que de 37°4, le pouls à 80. Le malade est toujours un peu oppressé, mais se trouve très amélioré et malgré la douleur réclame sa piqûre d'alcool.

A l'auscultation le souffle a disparu, les râles sous-crépitaux sont aussi nombreux que la veille, mais plus humides.

On fait 20 centimètres cubes de la solution d'alcool.

Le 18 février : La température est normale, les râles diminuent, le malade se sent bien.

On fait une dernière injection de 20 centimètres cubes de la solution d'alcool.

Les jours suivants la température se maintient à 37°, les râles diminuent progressivement.

Le malade se lève dès le deuxième jour après la chute de la température, il est encore un peu faible, mais son appétit est excellent.

Un examen radioscopique fait le 20 février montre une ombre opaque au tiers inférieur et externe du poumon gauche.

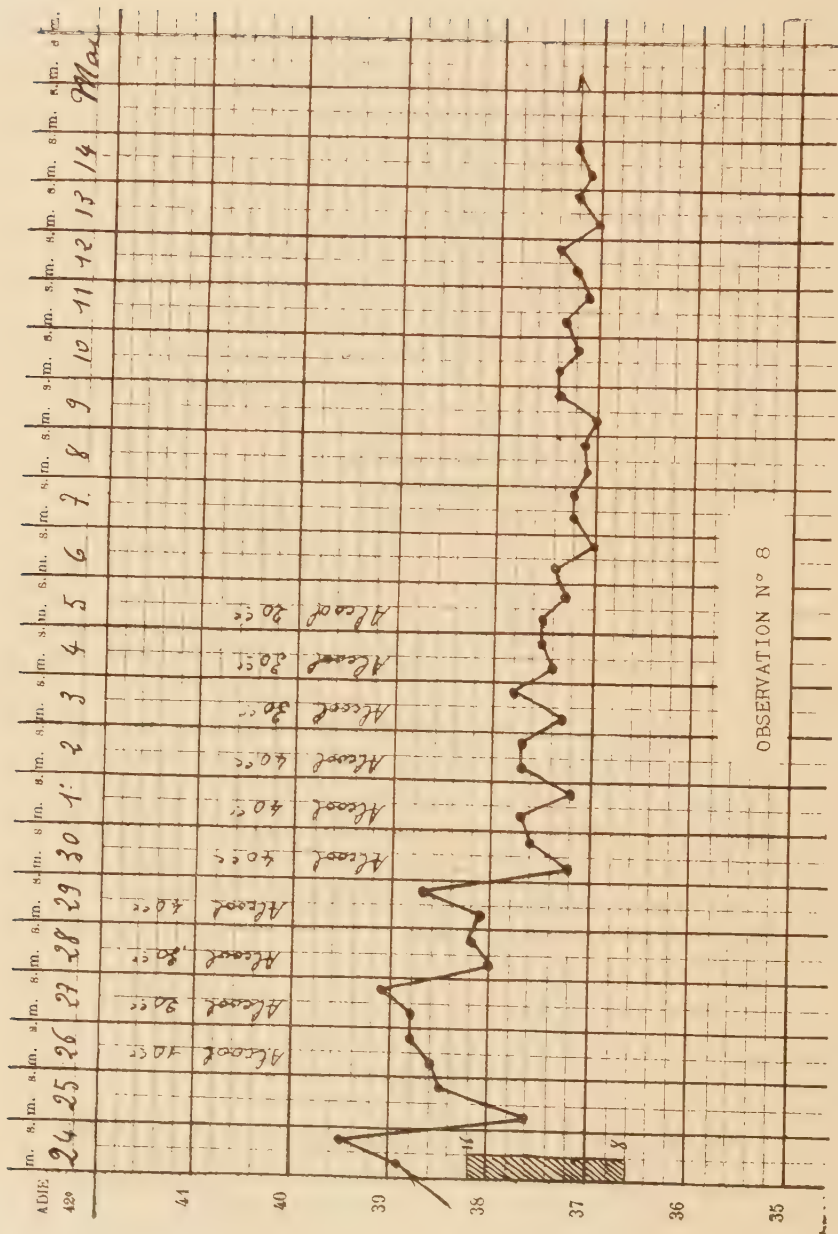
Un deuxième examen pratiqué une quinzaine de jours après nous montre la disparition presque complète de l'ombre. A ce moment à l'auscultation on n'entend plus aucun râle, simplement une légère diminution du murmure vésiculaire à la base gauche.

En résumé, pneumonie lobaire typique de la base gauche chez un malade très affaibli évoluant vers une guérison rapide et complète.

OBSERVATION N° 8

M. W..., âgé de 70 ans, arrive à l'Asile le 10 avril 1934, venant de l'hôpital Saint-Louis où il a été traité pendant quelques jours pour eczéma des deux jambes.

A son entrée nous trouvons un malade amaigri, très



faible, marchant péniblement, presque impotent. Son eczéma, sous pansement, est en bonne voie de guérison.

Interrogé sur ses antécédents, il dit n'avoir jamais été malade auparavant, mais il ne peut plus travailler depuis plus d'un an.

A l'examen pulmonaire : rien à signaler.

Au point de vue cardiaque on trouve un cœur très sourd, sénile avec un léger souffle systolique d'insuffisance mitrale fonctionnelle.

Le 24 il est mis à l'infirmerie pour gêne respiratoire et température élevée à 39°.

A l'examen nous trouvons un malade très abattu, somnolent, répondant mal aux questions qu'on lui pose. Il se plaint d'un point de côté gauche au-dessus du mamelon, exagéré par une toux sèche. La respiration n'est pas très rapide mais superficielle. Les lèvres sont sèches, la langue très saburrale. L'attention est attirée par la teinte jaune subictérique des téguments plus marquée aux conjonctives.

Aux poumons on trouve une submatité du sommet gauche en avant sans aucun signe à l'auscultation.

Le cœur est sourd, rapide.

Le foie ne semble pas augmenté de volume mais sa palpation est douloureuse.

Le pouls rapide, régulier, bat à 95 ;

La tension au Vaquez est de 16 — 8 ;

Les urines sont diminuées, très foncées, légèrement albumineuses.

Le 25 avril aucun changement.

Le 26 l'état général est très aggravé, le malade est dans un état de prostration extrême, ne faisant aucun mouvement de lui même. Il a de l'incontinence des urines et des matières. Sa langue est rôtie, ses urines sont brunes. Son teint est plus jaune que la veille, franchement ictérique.

Le pouls est faible, rapide et irrégulier.

A l'examen pulmonaire : matité franche du sommet

gauche en avant. A l'auscultation un léger souffle tubaire d'intensité maxima au creux axillaire et en avant avec quelques râles crépitants apparaissant par bouffées surtout après la toux, légère bronchophonie.

Les crachats sont un peu abondants, très épais et de couleur verdâtre.

On pose la diagnostic de pneumonie du sommet et devant la gravité extrême de l'état général on craint une issue fatale.

On décide cependant de faire une première injection de 10 cc. d'une solution d'alcool à 33 % dans du sérum glucosé hypertonique à 300/000.

Le 27 avril, l'amélioration est manifeste, il est sorti de son état de torpeur, il a à peine souillé ses draps pendant la nuit, sa langue n'est plus sèche.

Au point de vue pulmonaire : toujours léger souffle tubaire, mais nombreux râles crépitants typiques à la fin de l'inspiration.

Un examen microscopique des crachats montre la présence de pneumocoques avec de très nombreux micrococci catarrhalis.

Deuxième injection de 20 cc. d'alcool un peu douloureuse au début.

Le 28 avril le malade se sent beaucoup mieux. sa température est descendue à 38°, son pouls est moins rapide et régulier.

A l'auscultation le souffle a presque disparu mais les râles crépitants occupent tout le 1/3 supérieur du poumon gauche, plus nombreux et plus superficiels en avant.

La teinte jaune des téguments est encore plus accentuée que les jours précédents.

Troisième injection de 30 cc. de la solution d'alcool.

Le 29 aucun changement des signes physiques pulmonaires, l'amélioration de l'état général continue.

Injection de 40 cc. de la solution d'alcool un peu douloureuse.

Le 30 avril ; la température est à 37°2 le malade se sent très bien. Depuis quelques jours il ne souille plus ses draps, son pouls bat régulièrement à 72. Les crachats sont plus abondants, moins épais.

A l'auscultation le souffle tubaire a disparu mais les râles ne sont pas modifiés.

Injection de 40 cc. de la solution d'alcool.

Le 1^{er} et le 2 mai aucun changement notable au point de vue pulmonaire. Par contre la teinte jaune des téguments est très diminuée.

Injection de 40 cc. de la solution d'alcool.

Les 3 et 4 mai l'état général continue à être satisfaisant, la température se maintient aux environs de 37°5, le pouls à 70, les urines sont devenues normales, la teinte jaune a presque disparue.

Au point de vue pulmonaire, les râles sont moins secs apparaissant aux deux temps de la respiration, mais toujours très nombreux.

Injection de 30 cc. de la solution d'alcool.

Le 5 mai la température resté stationnaire, on fait une dernière injection de 20 cc. de la solution d'alcool.

Les jours suivants la température descend jusqu'à 37° et s'y maintient. Le malade va très bien il se sent simplement faible. Sa teinte jaune a complètement disparue, son appétit est excellent et il est mis au grand régime.

Au point de vue pulmonaire les râles diminuent progressivement. L'expectoration est sensiblement normale.

Le 11 mai on pratique un examen radioscopique qui montre une opacité du tiers supérieur du poumon gauche reliquat anatomo-radiologique de cette pneumonie.

Au point de vue cardiaque : hypertrophie du ventricule gauche, augmentation du diamètre longitudinal, pointe arrondie et abaissée ; aorte opaque et élargie.

À ce moment on n'entend plus à l'auscultation que quelques râles sous crépitants dans le tiers supérieur du poumon gauche.

En résumé pneumonie grave du sommet chez un vieillard très affaibli évoluant en quelques jours vers une guérison cliniquement complète.

DISCUSSION

Avant d'entreprendre la discussion de nos observations, nous insistons sur le fait que tous nos malades traités sont des convalescents, c'est-à-dire des malades débilités, relevant d'affections médicales ou chirurgicales par conséquent en état de moindre résistance.

Chez de tels sujets toute affection aiguë acquiert une gravité toute particulière et spécialement les pneumopathies aiguës.

Nos huit malades traités par l'alcool, dont nous avons publié les observations, sont les seuls sur lesquels nous avons expérimentés cette thérapeutique. Donc sur huit cas nous avons obtenus huit résultats favorables.

Chez tous ce qui nous a frappé d'abord, c'est l'amélioration rapide du pouls et de l'état général. Cette amélioration est apparue parfois les heures mêmes qui ont suivi la première injection (observations n° 1 et n° 8). Chez un de nos malades (observation n° 5), qui avait refusé sa piqûre un jour, nous avons été frappé par la brusque aggravation de son état : accélération du pouls, agitation et élévation de la température.

Le lendemain le malade redemande sa piqûre et le soir même il allait beaucoup mieux.

Cette action de l'alcool comme tonique général est primordiale dans les pneumonies et les broncho-pneumonies, en particulier chez les vieillards et les débilités car « si le mal est aux poumons, le danger est au cœur. »

Nous irons même jusqu'à dire que deux de nos malades (observations n° 1 et n° 8) doivent leur salut à cette thérapeutique qui a permis de soutenir leur cœur défaillant et remonter leur état général.

L'action de l'alcool comme thermo-régulateur n'est pas très nette, il nous semble cependant qu'elle ait abrégé l'évolution des foyers de pneumonie ou de broncho-pneumonie.

La défervescence d'une pneumonie lobaire aiguë typique s'est produite le 4^e jour (observation n° 7) chez un malade très affaibli.

L'action de l'alcool sur le processus suppuratif est indéniable. Dans toutes nos observations de pneumonie ou de broncho-pneumonie l'évolution des signes physiques pulmonaires a été rapide, les foyers ont disparu en quelques jours, les crachats ont diminué, la dyspnée a été très améliorée ; mais il semble que ce rôle antiseptique de l'alcool ne se manifeste qu'au niveau des alvéoles pulmonaires. En effet chez un malade (observation n° 5) atteint de broncho-pneumonie double avec épanchement pleural, une pleurésie purulente secondaire est survenue alors que les foyers étaient presque disparus. Chez un autre de

nos malades (observation n° 4) atteint de broncho-pneumonie avec épanchement pleural, un violent érysipèle de la face est apparu alors qu'il allait bien allait bien au point de vue pulmonaire.

La toxicité de cette médication, aux doses que nous avons employées, semble être nulle.

L'alcool en ingestion est particulièrement toxique pour le foie. Par la voie endoveineuse, à des doses moyennes, il ne paraît pas atteindre cet organe. Chez un de nos malades (observation n° 8), vieillard de 70 ans, atteint d'une pneumonie du sommet, un ictère est apparu dès le premier jour de la maladie. Les injections d'alcool n'ont produit aucun accident du côté du foie et même l'ictère a disparu au cours du traitement.

Quoi qu'il en soit, les résultats encourageants, que nous avons obtenus, nous permettent de croire que cette médication peut rendre les plus grands services dans le traitement des pneumopathies aiguës. Nous le croyons d'autant plus volontiers que nous ne l'avons pas employée systématiquement chez tous nos malades atteints de pneumopathies aiguës. Dans les affections moyennes nous nous sommes contentés de la thérapeutique habituelle et même dans les cas graves que nous rapportons ici, ce n'est jamais d'emblée que nous avons eu recours aux injections d'alcool.

CONCLUSIONS

L'alcool en solution à 33 % par la voie endoveineuse dans le traitement des pneumopathies aiguës non tuberculeuses présente les avantages suivants :

- 1° Il agit rapidement sur le pouls et l'état général.
- 2° C'est un puissant tonique général ;
- 3° Il a une action bienfaisante, encore mal définie, sur l'évolution du processus suppuratif ;
- 4° Il ne présente aucun danger à des doses moyennes et peut même être administré sans accident aux vieillards et aux malades atteints de lésions cardiaques.

Vu : Le Doyen,
G. ROUSSY.

Vu : Le Président,
V. CARNOT.

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- A. LANDAU, M. FEJGIN et J. BAUER. — Sur le traitement efficace des processus purulents pulmonaires à l'aide des injections intraveineuses d'alcool à 33 % (*Presse Méd.* 39 : 523-525, Avril 11, 1931).
- ANASTAZY LANDAU, ST. KAMINER. — Traitement des affections pulmonaires purulentes par des injections intra-veineuses d'alcool (*Presse Méd.*, n° 64, 10 août 1932, p. 1240).
- M. A. MANAS et R. ASCANIO Y SUAREZ. — Ensayos en el tratamiento de las bronconeumonias post-operatorias por las inyecciones intravenos de alcohol (*Rev. Med. Cubana* 43 : 278-281, mars 1932).
- R. MASSIÈRE et F. LEURET. — Traitement des pneumopathies aiguës par injections I. V. d'alcool (*Gazette hebdomadaire des Sciences Médicales*, n° 10, mars 1933).
- A. NANDRIS. — Tree cases of pulmonary abscess in children cured by intravenous injections of 33 % alcohol (Landau method). *Romania Med.* 10 : 289-290, décembre 11, 1932).
- POL DE SEVRIX. — Le traitement des suppurations pulmonaires par les injections I. V. d'alcool (*Notes pratiques d'actualité Médicale*, n° 121, janvier 1933).
- L. P. ROMAGUERA. — Las inyecciones de alcohol en los procesos purulentes pleuro-pulmonares (*Rev. Medica Cubana*, 43 : 555-564, mai 1932).
- M. SZAJNÁ. — Intravenous injections of alcohol solution and dextrose in treatment of lobar pneumonia (*Polska, gaz. lek.* 10 : 738-739, 20 septembre 1931).

- D. THURSZ et J. TYPOGRAF. — Large pulmonary abcess with gangrenous symptoms cured by intravenous injections of ethyl alcohol. (*Warszawskie czasop. lek.* 9 : 805-807 sept. 1.1932).
- F. VANNUCCI. — La terapia medica delle suppurazioni polmonari con speciale riguardo ad un nuovo metodo di cura (Alcool-terapia endovenosa) (*Giorn. di clin. med.* 13 : 140-154, 29 février 1932).
- A. COLARD et F. CASPERS. — A propos des injections intraveineuses d'alcool dans les suppurations pulmonaires non tuberculeuses. (*Le Scapel*, 2 septembre 1933, n° 35).
- A. COSTA. — L'iniezione endovenosa d'alcool nella gangrena circoscritta del pomone (*Minerva Med.*, 2 : 584-587, octobre 27, 1932).
- HAMBURGER et GUÉRIN. — Traitement des septicemies par les injections d'alcool (*Presse médicale*, 8 mars 1933).
- M. FEJGIN. — Observations ultérieures sur l'application d'injections I. V. d'alcool (*Presse Médicale*, 39 : 1925-1926, 30 décembre 1931).
- DIOGO FURTADO et F. DA SILVA ARAUJO. — Tratamento das flegmasias agudas do pulmao pelas injeccoes intravenosas de alcool. (*Lisboa Med.* 9 : 942, 957, octobre 1932).
- LAIGNEL-LAVASTINE et P. GEORGE. — Suppuration pulmonaire à type d'abcès putride d'emblée avec polynévrite. Traitement par injections I. V. d'alcool à 33 %. Améliorations. (*Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris* 48 : 1184-1190, 11 juillet 1932).
- LAIGNEL-LAVASTINE et P. GEORGE. — Action favorable des injections I. V. d'alcool dans les suppurations pulmonaires (XXII^e Congrès Français de Médecine, 10-12 octobre 1932, *Presse Médicale*, n° 85, 22 octobre 1932).
- A. LANDAU, M. FEJGIN et J. BAUER. — Efficient treatment of suppurative pulmonary diseases with intravenous injection of 33 % alcohol (*Polska gaz. lek.* 10 : 208-211, March 15, 1931).
- GURFINKEL. — Contribution à l'étude des injections intra-veineuses d'alcool dans les infections pulmonaires. Leur action sur le métabolisme basal, sur les rythmes cardiaques et respiratoires chez l'animal normal. (*Gaz. des Hôpitaux*, 14 mars 1934).

J. VIRENQUE. — Suppuration pulmonaire et injections I. V. d'alcool (*Progrès médical*, 7 octobre 1933).

IMBERT. — Affections pulmonaires et injections intra-veineuses d'alcool (*Avant-Garde médicale*, février 1934).

ECHOS DE LA MÉDECINE (15-2-1934). — Le traitement des suppurations pulmonaires par les injections intra-veineuses d'alcool.

Saint-Amand (Cher). — Imprimerie R. Bussière. — 8-6-1934
